DISSERTATION

N° 151.

SUR

LA PÉRITONITE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 juillet 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR DENIS GOUJARD, de Millay,

Département de la Nièvre.

Duo sunt præcipui medicinæ cardines ratio et observatio.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Président.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur.*
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur.*
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Suppléant.*
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MA TENDRE MÈRE.

D. COUJARD.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0005unse_q0g3

DISSERTATION

SUR

LA PÉRITONITE.

Définition. La péritonite est l'inflammation générale ou partielle, aiguë ou chronique du péritoine.

Causes prédisposantes. La péritonite reconnaît pour causes prédisposantes toutes celles des phlegmasies en général; mais elle est plus commune dans les pays froids et humides, et attaque plus souvent les femmes que les hommes, surtout après l'accouchement. Elle est si fréquente dans cette circonstance, qu'on en a fait une variété particulière, qu'on nomme *péritonite puerpérale;* variété connue sous le nom de *fièvre puerpérale*, long-temps avant que la péritonite proprement dite fut bien déterminée.

Causes occasionnelles. Ces causes sont extrêmement nombreuses: nous allons examiner les principales, en commençant par celles qui agissent en déterminant une stimulation directe sur le péritoine, et finissant par celles dont on ne peut expliquer le mode d'action.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen. Ces plaies, quand elles sont simples, déterminent dans leur trajet une inflammation à laquelle

participe le péritoine, et qui peut s'étendre à une plus ou moins grande partie de cette membrane; quand elles ont atteint quelque organe creux ou quelques gros vaisseaux, il se fait un épanchement dont la matière, plus ou moins irritante, cause une inflammation presque toujours très-vive des parties du péritoine avec lesquelles elle est en contact. A la suite de ces plaies, l'air peut pénétrer dans la cavité du péritoine et en déterminer l'inflammation; plusieurs opérations chirurgicales qui nécessitent l'ouverture du péritoine sont des causes de péritonite : telles sont, l'opération césarienne et l'ablation de l'utérus. Les plaies de l'abdomen non-pénétrantes et les contusions de cette partie occasionent une inflammation dans les parois abdominales, qui peut, par continuité de tissus, se propager au péritoine. Dans les contusions dont nous parlons, il se peut que le péritoine lui-même ait ressenti les effets de la cause contondante, surtout si elle a agi en déterminant un frottement des deux feuillets péritonéaux l'un contre l'autre : telle est l'action d'une roue qui passe sur le ventre, d'un fardeau qui appuie contre l'abdomen; les ouvriers que leur profession oblige à se tenir courbés en avant le ventre appuyé contre un corps dur, sont encore exposés à ces sortes de contusions.

Une chute sur les talons détermine une commotion du péritoine, qui peut en occasioner l'inflammation; les péritonites qui surviennent après un exercice violent, la course, la danse, l'équitation, ou à la suite du cahotement d'une voiture, se rapportent à une cause semblable.

Toute tumeur volumineuse développée dans le voisinage du péritoine peut en causer l'inflammation par la pression qu'elle exerce sur lui et les frottemens qu'elle détermine. C'est aussi par une espèce d'action contondante que les efforts de vomissemens déterminent quelquefois la péritonite.

Un abcès formé dans le voisinage du péritoine peut en causer l'inflammation, soit que celle-ci se communique par continuité de tissus, soit qu'elle soit déterminée par le passage du pus dans le péritoine.

L'inflammation des viscères en rapport avec le péritoine donne souvent lieu à la péritonite; c'est ce qui arrive à la suite d'une métrite ou d'une cystite. Si une hernie vient à s'enflammer, la portion de péritoine qui est contenue dans cette hernie participe nécessairement à l'inflammation, qui se propage bientôt au reste de la membrane.

L'invagination, l'occlusion ou l'étranglement d'une portion d'intestin en déterminent l'inflammation, et par suite celle du péritoine.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer ont une action directe sur le péritoine, celles qui suivent agissent sur lui moins immédiatement.

L'état de grossesse prédispose à la péritonite, et pendant sa durée plusieurs circonstances qui en dépendent peuvent déterminer cette maladie; de ce nombre sont : les pertes utérines considérables, les moyens qu'on est obligé de mettre en usage pour les arrêter, et le séjour prolongé d'un fœtus mort dans l'utérus.

L'accouchement cause souvent la péritonite, qu'il soit prompt et facile ou long et difficile, sans qu'on puisse affirmer que l'un la détermine plus souvent que l'autre; cependant l'existence d'une autre maladie pendant le travail et des manœuvres imprudentes peuvent la déterminer. La fréquence de la péritonite après l'accouchement étonnera peu si l'on considère que, l'abdomen se trouvant tout à coup débarrassé d'un corps très-volumineux, il s'y fait un vide considérable qui doit y faire affluer le sang; que plusieurs des organes qui concourent à former la cavité abdominale, ou qui se trouvent contenus dans cette cavité, ont été le siége d'une stimulation très-vive, dont ils conservent long-temps l'impression; le péritoine étant l'un des plus étendus et l'un de ceux qui ont le plus de facilité à s'enflammer, cela doit lui arriver souvent en pareille circonstance, pourvu qu'une cause, même légère, vienne s'ajouter à cet état général. Aussi l'usage des liqueurs fortes, celui des alimens en trop grande quantité, une constipation qui dure long-temps, la putréfaction d'une partie de l'arrière-faix ou de caillots de sang laissés dans l'utérus, l'injection de liquides

astringens dans cet organe ou dans le vagin, les fomentations ou les topiques de même nature, appliqués à la vulve, aux cuisses, sur le ventre ou les mamelles; des mouvemens peu mesurés ou des travaux pénibles, l'exposition au froid, les impressions morales vives, sont autant de causes qui suffisent la plupart du temps pour déterminer la péritonite chez les nouvelles accouchées.

Nous allons maintenant exposer quelques causes dont nous ne voyons plus l'action sur le péritoine.

La suppression d'une sécrétion normale ou accidentelle, de la sécrétion du lait, des lochies, de la transpiration; celle d'un exutoire, la guérison d'un vieil ulcère, peuvent être suivies d'une péritonite; il en est de même de plusieurs hémorrhagies, le flux hémorrhoïdal, le flux menstruel, etc. Plusieurs phlegmasies semblent, après avoir quitté leur siége, se fixer sur le péritoine; de là les péritonites qui suivent la suppression d'un rhumatisme, d'un accès de goutte, d'une dartre, etc.

La péritonite peut encore avoir une origine plus obscure et se développer sous l'influence de causes que non-seulement nous ne voyons pas agir sur le péritoine, mais dont nous ne pouvons pas du tout apprécier le mode d'action. Comment, en effet, agit l'air insalubre des hôpitaux, qui rend la péritonite puerpérale quelquefois épidémique? Comment agit l'air froid et humide, qui la rend presque endémique en certaines contrées? Quelle est l'action des fièvres intermittentes, et surtout celle des affections morales tristes, le chagrin, la frayeur, la colère, etc.? Enfin, la péritonite se développe très-souvent sans qu'on puisse lui assigner aucune cause.

Symptômes. La péritonite débute ordinairement par des horripilations, du frisson, un sentiment de lassitude et de malaise, d'engourdissement dans les membres; cet état dure quelques jours, plus ou moins, selon les circonstances ou les causes; le frisson est continu ou intermittent : dans ce dernier cas, c'est surtout le soir qu'il se fait sentir. A ces symptômes succèdent quelques sentimens d'une chaleur

ordinairement peu prononcée, puis des douleurs dans l'abdomen; ces douleurs sont le symptôme le plus constant de la péritonite à l'état aigu ; elles ne manquent que dans quelques cas fort rares : elles sont ordinairement très-vives, tensives, pongitives ; quelques malades les comparent à l'action d'un instrument tranchant ou d'une vis qu'on enfonce dans les entrailles ; elles augmentent par la pression ; souvent le plus léger contact suffit pour les rendre intolérables, et les malades ne peuvent pas même supporter les couvertures de leur lit : ces douleurs sont ordinairement fixes; quelquefois, cependant, elles changent de lieu ; souvent elles se font sentir dans tout l'abdomen, tantôt avec une égale intensité partout, tantôt plus vivement en un point qu'en un autre ; d'autres fois elles sont locales et n'occupent qu'une étendue plus ou moins restreinte de l'abdomen, l'hypogastre, un des hypochondres ou toute autre partie; elles persistent pendant toute la maladie, souvent même il en reste encore des traces après la guérison. Tous les grands mouvemens du tronc deviennent extrêmement douloureux et même impossibles; aussi les malades sont-ils contraints de rester continuellement couchés sur le dos; toutes les fonctions qui nécessitent les contractions des muscles abdominaux et même du diaphragme ne s'exercent que difficilement; la respiration est gênée et courte, l'excrétion des urines et des matières fécales ne se fait pas sans douleurs, les efforts de la toux et du vomissement sont très-pénibles.

Dans la plupart des cas, le ventre augmente de volume; la tuméfaction est ordinairement uniforme, elle occupe la partie médiane de l'abdomen; quelquefois elle est inégale, bosselée. Elle commence par une tension des parois abdominales, qui devient d'abord sensible aux hypochondres : ces parois présentent alors une résistance et une dureté assez considérable, surtout chez les personnes robustes et fortement musclées; chez elles le phénomène se borne souvent là, et il ne survient pas de gonflement. Chez les personnes faibles, celles qui digèrent mal sont sujettes aux borborygmes et aux flatuosités ; le volume du ventre augmente ordinairement beaucoup, à cause de

la quantité considérable de gaz intestinaux qui se dégagent. Les personnes qui ont eu l'abdomen distendu par une grossesse ou par une autre cause présentent encore un gonflement plus considérable, ce qui tient au peu de résistance des parois, qui ont déjà subi une première distension.

Le pouls est ordinairement fréquent, dur, concentré; quelquefois il n'est que petit, serré, sans augmentation de fréquence; il peut même être plus lent qu'à l'ordinaire : on a vu des cas où il avait conservé sa largeur et sa vitesse normales. La fréquence du pouls augmente assez souvent le soir; elle est, en général, en rapport avec l'intensité de la maladie et le danger que court le malade. Sur la fin de quelques péritonites très-graves on l'a vu si précipité et si serré, qu'on pouvait à peine en compter les battemens.

La peau est ordinairement sèche, peu colorée et peu chaude, assez souvent froide aux extrémités; aux approches de la mort elle se couvre d'une sueur froide, gluante et souvent fétide.

La respiration est, comme nous l'avons déjà dit et par les raisons que nous avons exposées, courte, fréquente et interrompue; l'irritation du diaphragme cause souvent des hoquets qui fatiguent beaucoup les malades.

Il survient presque toujours des nausées, des vomissemens qui deviennent de plus en plus fréquens, à mesure que le mal fait des progrès; les alimens contenus dans l'estomac sont les premières substances rejetées, puis les boissons, les mucosités, et enfin de la bile, qui ne tarde pas à affluer.

La soif est ordinairement vive; mais les malades n'osent pas la satisfaire, à cause des vomissemens que les boissons occasionent.

Le plus souvent il y a constipation, quelquefois pourtant diarrhée; les urines sont ordinairement rares et épaisses.

Le visage est ordinairement pâle, quelquefois plus coloré, au contraire, que dans l'état de santé; le regard est fixe, les traits sont rapprochés de la ligne médiane et tirés en haut, ce qui constitue la face grippée; souvent une sueur foide inonde le visage, qui paraît

rapetissé et exprime l'anxiété la plus grande. Il y a ordinairement une céphalalgie très-intense, souvent du délire, quelquefois des convulsions ; le délire est tantôt tranquille, tantôt bruyant, tantôt continu, tantôt intermittent : dans ce dernier cas, il ne paraît que les soirs, époque du jour à laquelle presque tous les symptômes s'exaspèrent.

Tels sont, en général, les symptômes de la péritonite aiguë. Nous allons jeter un coup-d'œil sur diverses variétés qu'elle peut offrir, après quoi nous exposerons les symptômes de la péritonite chronique.

A la suite de la perforation d'un organe creux ou d'un kyste, la péritonite débute brusquement par une douleur aiguë qui se fait d'abord sentir dans un point limité de l'abdomen, d'où elle s'étend en augmentant d'intensité. La moindre pression est insupportable ; le ventre se tend, il augmente de volume ; le pouls se précipite, la physionomie s'altère, etc. ; et, après que les symptômes ont duré quelques heures, ou tout au plus quelques jours, la mort arrive presque inévitablement. Cette variété de la péritonite ne se développe que chez les personnes qui ont été blessées au ventre, ou chez celles qui étaient atteintes d'une maladie grave qui a déterminé la perforation : on a cependant vu cet accident n'être précédé que de symptômes fébriles assez faibles.

Quand c'est l'étranglement d'une anse intestinale ou l'occlusion d'un point quelconque de l'intestin qui est la cause de la péritonite, les accidens se succèdent avec moins de rapidité, et la maladie peut rester assez long-temps obscure. La constipation est presque toujours alors le premier symptôme ; des vomissemens viennent s'y ajouter, puis la douleur et la fièvre. Le vomissement et la constipation persistent, la tumeur du ventre est bosselée ; ces bosselures sont dues aux matières fécales accumulées au-dessus de l'étranglement ou du rétrécissement. Ces particularités peuvent facilement faire distinguer la variété de péritonite dont nous parlons.

La péritonite partielle, c'est-à-dire celle qui est bornée à une partie

du péritoine, peut être aiguë ou chronique. Elle est plus commune sous le type chronique; au moins beaucoup de péritonites chroniques débutent-elles par une maladie partielle due à une contusion ou à l'inflammation de quelque viscère en rapport avec le péritoine. A l'état aigu, la péritonite partielle se distingue à la bénignité ordinaire des symptômes; il n'y a ordinairement ni vomissement ni altération des traits, moins de fièvre, le pouls moins serré; la douleur bornée à un point déterminé et fixe de l'abdomen, le gonflement de celui-ci peu considérable : elle survient le plus ordinairement à la suite d'une contusion.

Chez les sujets affaiblis ou atteints d'une maladie grave, il peut survenir une péritonite sans qu'elle se manifeste par les symptômes qui font ordinairement reconnaître cette maladie; quelquefois il y a quelques signes obscurs : l'altération des traits, une douleur faible et fugace dans l'abdomen, quelques vomissemens, etc.; mais, d'autres fois, rien ne la fait soupçonner, et elle n'est constatée qu'à l'ouverture du cadavre : c'est ce qu'on nomme *péritonite latente.*

La péritonite qui vient après l'accouchement, ou péritonite puerpérale, offre les mêmes symptômes que la péritonite aiguë ordinaire, à quelques modifications près, qui tiennent à l'état du sujet chez lequel elle se déclare. Elle survient ordinairement dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, rarement après la première semaines; on en a cependant vu ne se déclarer que beaucoup plus tard. Elle débute ordinairement assez brusquement par du frisson, suivi d'une chaleur vive; bientôt une douleur aiguë se fait sentir dans l'abdomen, souvent bornée à une partie de cette cavité, le plus souvent l'hypogastre; elle s'étend et devient générale, mais elle est presque toujours plus vive au point où elle a débuté. Les lochies sont diminuées ou supprimées; la sécrétion du lait est supprimée ou empêchée, les mamelles se flétrissent; le ventre se gonfle et acquiert en peu de temps un volume considérable, mais sans offrir une grande dureté; bientôt il s'y accumule une quantité plus ou moins grande de liquide. Il survient souvent du dévoiement; la peau est sèche et

chaude ; à mesure que la maladie fait des progrès, elle se couvre de sueur : cette sueur peut être intermittente ; elle semble augmenter en raison de la gravité de la maladie, et sur la fin elle devient quelquefois colliquative, fétide, visqueuse et froide. Il ne faut cependant pas toujours considérer une sueur abondante comme un symptôme de mauvais augure, puisqu'elle peut se montrer lors de la rémission des douleurs et autres symptômes graves quand la maladie doit avoir une terminaison heureuse. A ces symptômes se joignent tous les symptômes généraux de la péritonite aiguë : face grippée, petitesse du pouls, vomissemens, hoquets, céphalalgie, délire, etc.

La péritonite chronique succède presque toujours à la péritonite aiguë, soit que celle-ci n'ait pas été attaquée par des moyens assez énergiques, soit que le sujet y fût prédisposé, comme le sont les personnes affaiblies par les maladies ou par l'âge. Quelquefois cependant elle est primitive ; souvent alors elle est partielle à son début, et doit son origine à une contusion ou à l'inflammation chronique de quelque viscère en rapport avec le péritoine.

Cette maladie se rencontre fréquemment chez les personnes âgées, faibles, qui ont eu des maladies graves antérieurement, qui ont beaucoup souffert, soit par des fatigues ou des privations, ou un mauvais régime, ou par les influences atmosphériques ; on la rencontre souvent chez les soldats, à la suite de marches forcées, de longs séjours dans des pays humides, surtout s'ils ont souffert de la faim, s'ils ont bivouaqué par le mauvais temps. Les symptômes qui la caractérisent diffèrent beaucoup de ceux de la péritonite aiguë prise dans son intensité ; ils ont, au contraire, beaucoup de ressemblance avec ceux qu'elle offre à son déclin. Le ventre est le siége d'une douleur profonde, obscure, rarement continue, et qui, dans un grand nombre de cas, ne se fait sentir que quand on presse sur cette partie, ou lorsque le malade éprouve une secousse, qu'il fait de grands mouvemens, ou encore quelque temps après l'ingestion des alimens. Les digestions sont presque toujours laborieuses et incomplètes ; il y a souvent constipation. D'autres fois, sur la fin de

la maladie surtout, il se manifeste de la diarrhée, quelquefois aussi des nausées et des vomiturition; tantôt il se fait un épanchement dans le ventre, qui augmente de volume, et rend à la percussion un son mat dans toute son étendue ou dans une partie seulement; la fluctuation est souvent obscure ou même insensible; d'autres fois, au contraire, elle est très-facile à apprécier. Tantôt il ne se fait aucun épanchement, le ventre n'augmente pas de volume, souvent même il diminue; il est dur, et offre une tumeur circonscrite dans la région ombilicale : ce sont les intestins agglomérés et appliqués contre la colonne vertébrale; quelquefois cette variété succède à la première, l'épanchement s'est résorbé, et le ventre est revenu sur lui-même. A ces symptômes locaux s'en ajoutent de généraux: la face est pâle, elle exprime un état d'abattement et de souffrance; les forces et l'embonpoint diminuent, la respiration est souvent gênée, le pouls naturel, ou plus agité, plus concentré; sa fréquence augmente le soir; alors le visage se colore et la chaleur augmente; souvent les malades ont le sentiment d'une boule qui, de l'abdomen, tend à se porter à la gorge. Ces symptômes durent ordinairement long-temps; le malade s'affaiblit petit à petit, et succombe.

Marche de la maladie. Les premiers symptômes qui se manifestent ordinairement sont le frisson, le malaise, etc.; cela arrive dans presque toutes les péritonites qui surviennent sans causes connues, et dans la plupart de celles qui sont la suite d'un accouchement. Quelquefois la maladie débute par les vomissemens et la constipation, qui, le plus souvent, ne viennent qu'en troisième ligne. Souvent les péritonites qui se développent à la suite d'une blessure ou d'une perforation de cause interne commencent par la douleur du ventre, sans frisson ni malaise antécédens; enfin, quelquefois, mais rarement, les symptômes généraux sont les premiers qui se manifestent. De quelque manière qu'une péritonite aiguë ait débuté, sa marche est ordinairement rapide et marquée par l'accroissement successif des symptômes; les douleurs abdominales deviennent plus vives,

elles se propagent à une plus grande partie du ventre ; celui-ci devient plus sensible à la pression ; le moindre contact d'un corps, même très-léger, est insupportable ; le gonflement et la dureté font aussi des progrès ; les traits s'altèrent de plus en plus, l'anxiété est extrême, le pouls très-fréquent et petit, les vomissemens se rapprochent, le hoquet devient fréquent, la respiration de plus en plus gênée ; les malades éprouvent une soif vive, une grande douleur de tête, du délire, quelquefois des convulsions. Les symptômes ne peuvent conserver long-temps cette intensité, cependant ils peuvent persister pendant quelques jours, avec des exacerbations le soir et une légère rémission durant le jour. Mais bientôt il faut que la maladie se juge ; si elle doit avoir une terminaison heureuse, les symptômes s'amendent petit à petit, la douleur diminue et disparaît dans quelques points, la tension et le gonflement sont moins prononcés, les vomissemens s'éloignent, la respiration devient plus libre, le pouls plus large et moins fréquent ; la physionomie prend un aspect plus naturel, le malade peut se retourner dans son lit sans éprouver de grandes douleurs ; il survient assez souvent des évacuations copieuses par les sueurs, les selles ou les urines, et le malade entre en convalescence. Si la maladie doit, au contraire, avoir une issue funeste, les symptômes, au lieu de s'amender, font des progrès effrayans : le pouls se précipite ; il devient quelquefois d'une fréquence et d'une petitesse telles qu'on peut à peine en compter les battemens ; les douleurs du ventre cessent de se faire sentir, les extrémités se refroidissent, la figure se couvre d'une sueur froide, les vomissemens sont remplacés par de simples régurgitations ; les liquides contenus dans l'estomac, mêlés de bile verdâtre, s'échappent sans effort de la bouche du malade, qui, ne pouvant faire aucun mouvent, inonde son lit des matières qu'il rejette, et s'éteint après avoir lutté quelque temps contre la faiblesse, qui augmente sans cesse ; un état comateux ou des convulsions précèdent souvent sa mort.

La marche de la péritonite chronique est bien différente ; autant celle-ci est rapide et prompte, autant l'autre est lente et de longue

durée. Les symptômes obscurs qui la caractérisent prennent rarement le caractère aigu ; ils persistent avec leur obscurité ordinaire, tandis que le malade s'affaiblit de jour en jour, et jusqu'à ce qu'il périsse dans le marasme le plus complet ; ou, ce qui est rare, ces symptômes disparaissent lentement ; quelquefois la maladie récidive peu après la guérison apparente, d'autres fois cette guérison est durable. Dans un petit nombre de cas, une perforation ou une cause irritante étrangère fait passer cette maladie de l'état chronique à l'état aigu.

Durée. La péritonite aiguë n'est jamais de longue durée ; elle cause quelquefois la mort en un ou deux jours, ou même en un petit nombre d'heures, comme cela se voit dans un assez grand nombre de perforations d'un organe creux, suivies d'épanchement dans le péritoine. Cependant le plus souvent la péritonite ne cause la mort que du septième au huitième jour, et, lorsqu'elle a une terminaison heureuse, la guérison a lieu le plus souvent du dixième au quinzième jour ; elle peut cependant se prolonger vingt à trente jours.

La péritonite chronique a une durée très-variable, et à laquelle on ne saurait assigner de bornes depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs mois, et même des années.

Terminaison. La terminaison la plus favorable de la péritonite aiguë est la résolution ; malheureusement ce n'est pas la plus commune. Elle se fait lentement, et s'annonce par la diminution successive des symptômes ; il ne se fait pas d'épanchement dans le ventre, ou du moins il est promptement résorbé ; mais il s'y forme presque toujours des fausses membranes, qui unissent les diverses parties de la membrane péritonéale, et causent ces douleurs obscures que ressentent beaucoup de personnes qui ont été guéries de la péritonite. Ces fausses membranes sont ordinairement situées à la surface du foie, de la rate, sur la première courbure du duodénum, celle du colon, souvent aux trompes et aux ovaires.

La suppuration est la terminaison la plus fréquente de la péritonite

aiguë ; elle est presque toujours suivie de la mort. On conçoit facilement la funeste influence que doit avoir une quantité considérable de pus répandue sur une surface aussi vaste que le péritoine. Ce pus peut cependant être absorbé ; on l'a vu se frayer un passage par l'anneau ombilical, ou par une perforation du tube intestinal. On ne peut préciser l'époque à laquelle le pus se forme ; la fluctuation, qui seule peut en démontrer l'existence, n'est manifeste que lorsque l'épanchement est considérable, et par conséquent lorsqu'il y a déjà un temps assez long que du pus se forme ; d'ailleurs la douleur de l'abdomen rend l'exploration fort difficile, sinon impossible, dans les premiers jours de la maladie. On a trouvé du pus dans le péritoine de personnes mortes le troisième jour de la maladie ; mais on croit que communément il se forme le huitième ou le dixième jour. Les signes rationnels qui font présumer son existence sont, la diminution de la douleur du ventre, remplacée par un sentiment de pesanteur et d'oppression, le renouvellement du frisson, le pouls devenu lent et mou, le visage terreux et les extrémités froides.

La péritonite peut se terminer par une hémorrhagie abondante et mortelle. Cette terminaison, que l'on ne peut prévoir, se fait reconnaître aux signes qui caractérisent les hémorrhagies internes en général : pâleur, sueurs froides, obscurcissement de la vue, syncopes, etc. Cette terminaison, ainsi que la suivante, s'observent dans la péritonite aiguë et dans celle qui est chronique.

La gangrène est une terminaison funeste de la péritonite aiguë ou chronique ; elle est causée par l'intensité extrême de l'inflammation, par la gangrène d'un autre organe, ou par d'autres causes dont il est difficile d'apprécier l'action. Elle est annoncée par la cessation brusque des symptômes inflammatoires ; les douleurs abdominales disparaissent tout à coup, le pouls devient intermittent, les forces abandonnent le malade, qui présente une face hippocratique; il a des selles fétides, noirâtres et involontaires, etc. La mort est le résultat prompt et inévitable de la gangrène totale ou partielle du péritoine.

Beaucoup de péritonites aiguës passent à l'état chronique, ce ne

sont pas celles qui ont été très-vives et qui ont duré assez long-temps dans cet état de grande intensité, celles-là ordinairement se terminent promptement; ce sont celles, au contraire, qui ont débuté d'une manière lente ou dont les symptômes n'ont eu que peu de temps d'intensité, surtout quand elles ont attaqué des personnes prédisposées aux affections chroniques; dans ces cas, les symptômes, après avoir diminués, persistent à l'état obscur qui caractérise la péritonite chronique. Celle-ci se prolonge plus ou moins long-temps, quelquefois sous l'influence du régime elle parvient à une résolution complète; mais le plus souvent, soit qu'il se fasse un épanchement et que l'hydropisie se déclare, soit que le péritoine contracte un engorgement d'une nature particulière et sans épanchement, les malades, épuisés par une affection qui entrave l'assimilation et occasione des souffrances très-longues, finissent presque toujours par s'éteindre dans un état de marasme plus ou moins complet.

Complications. La péritonite peut se trouver réunie à diverses affections, et surtout à l'inflammation de quelque autre viscère. Ces complications rendent le diagnostic plus difficile; mais les caractères propres des affections combinées ne sont pas ordinairement assez altérés pour qu'on ne puisse les reconnaître; elles obligent aussi à modifier le traitement, et ces modifications se fondent sur la nature de l'affection qui complique la péritonite. La métrite, par exemple, est une complication très-fréquente de la péritonite puerpérale; la douleur est alors fixée à la région hypogastrique, ou y est plus vive qu'ailleurs; souvent on sent une tumeur dans cette région; le traitement n'en est pas modifié. La gastrite ou l'entérite, qui se rencontrent souvent avec la péritonite, donnent lieu à de légères modifications des symptômes et n'exigent pas de traitement particulier; mais les réactions sur le tube digestifs sont alors positivement contr'indiquées.

Diagnostic. Le diagnostic de la péritonite franchement aiguë est facile; les affections qu'on pourrait confondre avec elle sont en petit

nombre, et assez de signes particuliers peuvent les faire reconnaître. La métrite est de toutes celle qu'on pourrait le plus facilement prendre pour une péritonite, mais cela aurait peu d'inconvénient; d'ailleurs la douleur et la tuméfaction du ventre sont bornées à la région de l'utérus, que le toucher permet souvent de reconnaître à travers les parois abdominales, l'utérus plus ou moins développé. La gastrite, l'entérite, la cystite, etc., peuvent donner lieu à des vomissemens, à de la fièvre avec douleur dans le ventre; mais cette douleur est profonde dans l'entérite ; elle est bornée à l'épigastre dans la gastrite, à l'hypogastre dans la cystite; le pouls est moins serré, la physionomie moins altérée, les mouvemens du tronc moins gênés que dans la péritonite. Le rhumatisme, dont la douleur pourrait simuler celle de la péritonite, affecte rarement les muscles abdominaux; et d'ailleurs il est sans appareil fébrile, sans gonflement du ventre et ordinairement sans vomissemens.

Quand la péritonite ne débute pas par des symptômes aigus, elle est beaucoup plus difficile à reconnaître, c'est ce qui arrive à celle qu'on nomme *latente;* on n'aura souvent pour la reconnaître qu'un symptôme, qui ne se trouvera pas en harmonie avec l'état apparent du malade : la physionomie trop altérée, le pouls trop serré, le décubitus sur le dos, etc. Quand la péritonite chronique commence lentement, elle est aussi fort difficile à reconnaître, souvent il n'y a d'abord que des douleurs extrêment obscures et passagères, qui n'empêchent pas le malade de continuer ses occupations. L'appétit se perd insensiblement, le sujet maigrit, et ce n'est que quand le ventre commence à augmenter de volume qu'on peut prononcer sur la maladie.

Prognostic. La péritonite est toujours une maladie grave; elle a très-souvent une issue funeste, même lorsqu'elle est simple. Le prognostic est bien plus fâcheux encore, si elle est compliquée de quelque autre affection grave; elle est d'autant plus redoutable, qu'elle a atteint une plus grande étendue du péritoine, qu'elle présente des

symptômes plus intenses, qu'elle attaque des sujets plus disposés aux inflammations, que sa cause est plus difficile à maîtriser.

Toutes celles qui dépendent d'une perforation de causes internes sont mortelles; elles le sont presque toujours aussi quand elles surviennent après une blessure qui a lésé un organe creux et donné lieu à un épanchement : celles qui dépendent d'un coup ou d'une chute sont sujettes à passer à l'état chronique. Les péritonites puerpérales font périr la majeure partie des femmes qui en sont atteintes. La péritonite chronique est presque toujours mortelle.

Altérations organiques. Les altérations organiques qu'on rencontre sur les cadavres des personnes qui ont succombés après avoir montré les symptômes de la péritonite sont très-variées et bien différentes entre elles.

On cite quelques cas de péritonites qui n'ont laissé aucune trace de leur existence.

Si quelques circonstances déterminent la mort d'un sujet atteint depuis peu d'une péritonite aiguë légère, on ne trouve à l'ouverture du cadavre qu'une rougeur par plaques, formée par un pointillé fin, ou par de petits vaisseaux qui rampent dans le péritoine ; cette membrane est sèche.

Dans une période plus avancée de la maladie, on trouve le péritoine uniformément rouge dans une plus ou moins grande partie de son étendue; la membrane peut encore être sèche, mais le plus souvent il y a un peu de liquide blanchâtre contenant quelques flocons albumineux.

Si la péritonite a été très-intense, le péritoine est rouge très-foncé, et même violet ou noirâtre; le plus souvent une quantité assez considérable de liquide se trouve épanchée : ce liquide est blanchâtre ou jaunâtre, quelquefois grisâtre; il contient des flocons albumineux de même couleur que lui. Des fausses membranes plus ou moins épaisses et plus ou moins nombreuses unissent différentes parties du péritoine entre elles, ou tapissent sa surface dans une étendue variable.

Les fausses membranes existent dans presque tous les cas de péritonites qui ont duré dix jours et plus ; elles sont d'abord peu nombreuses, très-minces, sans trace d'organisation ; et, à mesure que la maladie se prolonge, elles se multiplient, s'épaississent et s'organisent. On ne peut préciser l'époque à laquelle les fausses membranes se forment : on en a trouvé après trente-six à quarante heures d'inflammation ; mais ordinairement elles ne se montrent que plus tard. Leur organisation n'a pas non plus de temps fixe : au bout d'un à deux jours on a pu injecter des vaisseaux dans quelques fausses membranes ; d'autres fois on en a trouvé qui, après plusieurs mois de péritonite, ne présentaient aucune trace d'organisation. Les fausses membranes recouvrent des parties très-enflammées et très-rouges ; elles peuvent se rencontrer dans toutes les parties du péritoine, si la péritonite a été générale, ou dans quelques parties seulement, si elle n'a été que locale. Les parties du péritoine qui offrent le plus souvent des traces d'inflammation, c'est-à-dire de la rougeur et des fausses membranes, sont le bord libre des intestins, l'épiploon, le mésentère, etc. La péritonite peut, comme nous l'avons déjà dit, se terminer par la gangrène : on trouve alors des escharres noirâtres ; la membrane gangrénée s'enlève par plaques ordinairemement peu étendues.

Outre le fluide purulent dont nous venons de parler, on peut rencontrer dans la cavité péritonéale du sang, quand il y a eu hémorrhagie par exhalation ou perforation ; ce sang peut être fluide, en partie au moins, et offrir son aspect ordinaire ; il peut être réduit en caillots nageant dans la sérosité ; il peut enfin être délayé, et n'offrir qu'une sérosité rougeâtre. Ces liquides se présentent en quantité très-variable : quelquefois on n'en trouve que quelques onces, d'autres fois plusieurs litres.

La perforation d'un kyste ou d'un organe creux donne lieu à des épanchemens de matières très-différentes, telles que de la bile, de l'urine, des matières fécales, des hydatides, des vers intestinaux, etc.

A la suite d'une péritonite aiguë on peut rencontrer un emphysème du tissu cellulaire sous-péritonéal; la membrane se trouve irréguliè-

rement soulevée dans une plus ou moins grande partie de son étendue.

Il nous reste à parler des altérations organiques qui sont la suite de la péritonite chronique; nous ne les indiquerons qu'en général, les bornes de cette dissertation ne nous permettant pas d'entrer dans le détail de leurs innombrables variétés. Le péritoine est presque toujours épaissi, souvent distendu par une abondante quantité de liquide séro-purulent, ou de sérosité liquide ou jaunâtre; des fausses membranes très-nombreuses et très-épaisses unissent souvent les divers replis du péritoine et les organes que cette membrane recouvre; ces fausses membranes forment quelquefois des poches pleines de liquide. Le péritoine est non-seulement épaissi et rougeâtre, ce qui est le plus commun; mais il peut offrir des plaques osseuses ou cartilagineuses, et plusieurs autres dégénérescences; il peut être gangréné ou ulcéré dans quelques points. Dans une variété de la péritonite chronique il ne se fait pas d'épanchement de liquide, c'est celle-là qui offre les altérations organiques les plus nombreuses et les plus profondes. Les viscères sont ordinairement réunis en une seule masse, collés aux parois abdominales, attrophiés et quelquefois tellement méconnaissables, que l'on pourrait croire un moment qu'ils n'existent plus; le péritoine est alors très-épaissi, il présente une foule de tubercules blancs, qui tantôt se touchent et présentent une masse bosselée et d'un éclat nacré, tantôt sont séparés par des parties rougeâtres ou grisâtres; d'autres fois ses replis, et surtout les épiploons, forment des masses de diverses formes, composées d'un tissus dur, lardacé, squirrheux, qui compriment et refoulent les viscères : ces masses offrent souvent de profonds ulcères qui tendent à les détruire peu à peu.

Traitement. La péritonite aiguë peut causer la mort du sujet qui en est atteint en très-peu de temps; il convient donc de l'attaquer promptement et par des moyens puissans. Cette maladie étant essentiellement inflammatoire, les antiphlogistiques nous offriront les pre-

mières et les principales ressources : on commencera par diminuer la masse du sang par une saignée générale abondante, de seize à vingt onces, et qu'on répétera une ou deux fois le premier jour, si cela est nécessaire ; on la pratiquera au bras et par une large ouverture. On combattra ensuite plus directement la congestion par des saignées locales, et, pour cela, on fera une forte application de sangsues sur le ventre, et spécialement à l'endroit où le malade ressent la douleur la plus vive. Lorsque les sangsues seront détachées, on laissera saigner les plaies, et même on facilitera l'écoulement du sang par des cataplasmes émolliens, si la douleur n'y met pas obstacle.

Des circonstances particulières peuvent faire varier le lieu de l'application des sangsues : ainsi, quand il y a eu suppression du fluide hémorrhoïdal, on doit en appliquer une partie au moins à l'anus ; on les placera à l'entour de la vulve et à la partie interne des cuisses dans le cas de suppression des lochies ou des menstrues.

On aidera l'action des saignées par des fomentations émollientes chaudes ou froides, chaudes chez les personnes très-sensibles, disposées aux supressions de la transpiration, ou dont la poitrine est très-irritable ; froides si l'atmosphère est très-chaude, le malade robuste, s'il éprouve une chaleur excessive et une grande soif. On peut aussi employer les bains et les demi-bains; mais les douleurs qu'occasione souvent le déplacement des malades oblige à y renoncer dans beaucoup de cas. Les malades doivent rester couchés sur le dos, dans une position presque horizontale, sans faire de mouvemens; on soutiendra les couvertures du lit par un cerceau, si leur poids incommode ; on entretiendra une température douce dans l'appartement. On doit chercher à modérer la soif et la chaleur, à combattre ou prévenir le vomissement par des boissons appropriées ; ce sera du petit-lait émulsionné, une solution de sirop de groseilles, de l'orangeade, de la limonade ; on prescrira ces boissons froides et même glacées; mais si les malades préfèrent les prendres tièdes, il n'y aura pas d'inconvénient à le leur permettre. Il est très-utile de tenir le ventre libre ; mais les lavemens exigeant des mouvemens de la part du malade, et

n'agissant que sur le gros intestin, on préférera les laxatifs. On édulcorera les boissons avec le miel; on ajoutera au petit-lait de l'eau de pruneaux, un peu de décoction de tamarins, quelques gros d'un sel neutre; si cela ne suffit pas pour provoquer les selles, on donnera, à des intervalles de deux ou trois heures, une cuillerée à bouche d'une potion gommeuse contenant une ou deux onces d'huile de ricin; on rapprochera ou on éloignera les doses, selon l'effet, de manière à obtenir une ou deux selles par jour. Les laxatifs doivent être mis en usage après quelques évacuations sanguines, et peuvent être continués quand la faiblesse ne permet plus de tirer du sang. On doit, en même temps qu'on tient le ventre libre, chercher à faciliter la sécrétion urinaire ou la transpiration cutanée.

Si, malgré l'emploi de ces moyens, le mal fait des progrès ou persiste, si la diminution des forces s'oppose à ce qu'on réitère les saignées, qui d'ailleurs n'ont pas eu d'effet, la maladie est fort grave; il existe alors presque toujours un épanchement, dont on doit songer à faciliter la résorption; c'est le cas d'agir sur la sécrétion urinaire et sur la transpiration cutanée; on doit dans ces cas graves avoir recours à des moyens énergiques, que les praticiens ont souvent vu couronnés de succès : les vésicatoires appliqués sur le ventre ou sur les cuisses, les frictions mercurielles sur tout le ventre, les toniques à l'intérieur et les antispasmodiques, entre autres le musc. Mais ces moyens, les derniers surtout, sont loin d'avoir un succès assuré; et quand on est obligé de recourir à leur emploi on ne peut se dissimuler l'extrême danger qui menace le malade.

Les diverses formes de la péritonite en font varier le traitement; la force du pouls et la rougeur de la face, accompagnée d'un vif sentiment de chaleur, ajoutent à l'urgence des saignées, qui doivent aussi être plus abondantes et plus souvent répétées. La petitesse du pouls, la pâleur du visage, l'altération des traits doivent rendre plus circonspect; cependant ces symptômes ne contr'indiquent pas les saignées. Ces phénomènes se présentent souvent chez les sujets les plus robustes, et après une saignée copieuse le pouls se relève, la face se colore

et prend une expression plus naturelle. Les symptômes bilieux et ceux d'embarras gastrique se dissipent ordinairement sous l'influence des boissons acidulées et de la diète, et très-rarement doit-on avoir recours aux vomitifs, qui occasionent des douleurs très-vives par les efforts de vomissement qu'ils provoquent. Cependant de fréquentes vomiturition de matières bilieuses ou muqueuses indiquent l'usage de quelques grains d'ipécacuanha. Les symptômes nerveux disparaissent sous l'influence des bains et des saignées ; s'ils survenaient à une époque avancée, on aurait recours, pour les combattre, aux révulsifs et aux antispasmodiques. L'extrême prostration des forces dès le début, la diminution rapide de la chaleur, la faiblesse du pouls, la fétidité de la respiration ôtent toute idée d'évacuation sanguine; on est obligé alors de se borner aux révulsifs et aux toniques.

Quand la péritonite est la suite d'une évacuation habituelle supprimée, ou même lorsque cette évacuation ne s'est supprimée qu'après l'invasion de la maladie, on tâchera de la rappeler. Il doit en être de même d'un exanthème, d'un accès de goutte, etc. ; il faut tâcher de ramener l'irritation à son ancien lieu.

La péritonite puerpérale se traite comme les autres ; cependant on aura soin de chercher à rappeler l'écoulement des lochies, en appliquant des sangsues à la vulve et aux cuisses ; on facilitera la sécrétion du lait, en appliquant sur les mamelles des coussinets qui y entretiennent une douce chaleur ; les fomentations émollientes aux organes de la génération, les ventouses sèches à la partie interne des cuisses sont aussi d'un bon effet. Cette maladie étant très-fréquente, et souvent difficile à guérir, on a du employer une foule de moyens pour parvenir à cette fin. Nous signalerons, parmi ceux qui ont le plus souvent réussi, le calomèle à l'intérieur, pris depuis la dose de quelques grains jusqu'à celle d'un gros et plus ; l'ipécacuanha administré dès le début, les bains de vapeur, les applications glaciales sur le ventre ; mais le traitement le plus rationnel est le traitement de la péritonite aiguë, avec les modifications que nécessitent les conditions particulières dans lesquelles se trouve une femme en couche.

La péritonite qui vient à la suite de la perforation d'un organe creux est essentiellement mortelle; aussi se bornera-t-on, dans ce cas, à éloigner les circonstances qui pourraient augmenter l'épanchement; on interdira tout mouvement, on ne donnera aucune boisson.

La péritonite chronique est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art; il faut s'attacher à éloigner les choses qui pourraient hâter la mort, plutôt que de chercher à obtenir la guérison, qu'il faut cependant tenter toutes les fois qu'il y a une lueur d'espérance. On conseillera le repos, un régime sévère, un soin continuel à éviter toute pression sur le ventre, toute secousse, tout effort. Les moyens curatifs dont on peut espérer de bons effets sont : les bains simples ou médicinaux, émolliens ou sulfureux, ceux d'eaux minérales naturelles ou artificielles, les douches en arrosoir administrées avec de grandes précautions; les cataplasmes, les fomentations, les onctions, les frictions mercurielles; les exutoires, cautères, vésicatoires, etc., sur le ventre ou à la partie supérieure des cuisses.

Si des symptômes inflammatoires viennent à se manifester, on les combattra par les saignées locales ou même générales, si le cas le nécessite. La méthode antiphlogistique convient encore dans les péritonites primitivement aiguës, que quelques circonstances prolongent avec des symptômes peu marqués.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

Validam apoplexiam curare est impossibile, debilem verò non facile. *Ibid.*, *aph.* 39.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.